

На правах рукописи

Баранова Ольга Вячеславовна

**АЛКОГОЛЬНАЯ АНОЗОГНОЗИЯ И ЕЁ  
ПРЕОДОЛЕНИЕ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
АЛКОГОЛИЗМОМ**

**НАРКОЛОГИЯ – 14.00.45  
ПСИХИАТРИЯ – 14.00.18**

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва - 2005

Работа выполнена в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

**А.Л. Игонин**

**Научный консультант:**

доктор психологических наук

**Ф.С. Сафуанов**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор

**Ю.В. Валентик**

доктор медицинских наук, профессор

**Б.С. Положий**

**Ведущая организация** – ФГУ Национальный научный центр наркологии Росздрава.

Защита состоится «21» июня 2005г. в 14<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета Д.208.024.01 при Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

*Адрес 119992 Москва, Кропоткинский пер, 23*

Автореферат разослан «19» мая 2005г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук

**И.Н. Винникова**

2006-4  
6612

2146423

3

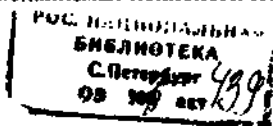
## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.** Активный научный поиск причин и факторов, обуславливающих формирование наркологических заболеваний, и развитие различных лечебных программ, до настоящего времени не привели к существенному повышению эффективности лечения больных алкоголизмом. Это связано как с теоретическими, методологическими, так и с практическими проблемами, существующими в наркологии (Иванец Н.Н. с соавт., 1991; Валентик Ю.В., 1995; Альтшулер В.Б., 2002; Чирко В.В., Демина М.В., 2003).

Одним из самых важных клинических феноменов зависимости от алкоголя является алкогольная анозогнозия, поскольку от её выраженности во многом зависит эффективность терапевтических мероприятий (Братусь Б.С., 1970; Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., 1996; Демина М.В., 2003 и др.).

Данные, полученные в ранее проводившихся научных исследованиях на тему алкогольной анозогнозии, являются разрозненными и противоречивыми. В отечественной литературе природа данного психопатологического феномена трактуется неоднозначно. Алкогольная анозогнозия определялась как результат воздействия экзогенно-органического процесса на интеллектуальные и критические способности больного (Лукомский И.И., 1960). В структуре анозогнозии выделялась первостепенная роль алкогольных изменений личности (Жислин С.Г., 1965; Познанский А.С., 1974), нарушения формирования личности в преморбидном периоде (Бобров А.Е., Классен И.А., 1986), заострения личностных черт под влиянием злоупотребления алкоголем (Иванец Н.Н., Гузиков Б.М., Мейроян А.А., 1988, Котлубай В.П., 1990), перестройки мотивационной сферы (Братусь Б.С., 1970, Перейра Ф.М., Немчин Т.А., Гузиков Б.М., 1989, Завьялов В.Ю., 1993). Ряд исследователей считают, что отношение наркологических больных к своему заболеванию полностью коррелирует с динамикой патологического влечения к алкоголю (Альтшулер В.Б., 1994; Демина М.В., 2003).

Многие отечественные специалисты (Бокий И.В., Цыцарев С.В., 1986; Клубова Е.Б., 1991; Калмыкова М.А., Петракова Т.И., 1988; Дмитриева Т.Н., 1998; Вассерман Л.И. с соавт., 1999, и др.), также как и зарубежные авторы (Kernberg O., 1975; Plutchik R., Kellerman H., 1979; Lazarus R.S., 1983; Naugle R.I., 1988; Bishop D.R., 1991 и др.), акцентируют основное внимание при изучении алкогольной анозогнозии на механизмах психологической защиты



личности, в результате действия которых психотравмирующая информация о наличии заболевании устраняется из сферы осознания. Активность защитной системы отрицательно коррелирует со степенью осознанности алкогольных проблем и положительно – с не критичностью больных алкоголизмом к своему заболеванию при обострении патологического влечения к алкоголю, что создает значительные трудности для социальной адаптации наркологических больных (Гузиков Б.М., Зобнев В.М., 1995).

Можно считать, что феномен алкогольной анозогнозии не однозначен и представляет собой комплекс различных по составу и выраженности клинических проявлений (Нелидов А.Л., 1980; Мейроян А.А., Гузиков Б.М., 1985; Бехтель Э.Е., 1986).

Разработанные Б.М. Гузиковым и А.А. Мейрояном (1987) медико-психологические критерии эффективности терапии и реадaptации больных алкоголизмом позволили оценить действенность различных методов лечения с точки зрения уменьшения выраженности анозогнозии. Наиболее значительное улучшение достигалось с помощью психотерапии в малых группах, в которых использовались эффекты группового взаимодействия в ходе открытых дискуссий, ролевых игр и тренингов (Ю.В. Валентик, 1988; Б.Д. Карвасарский, В.А.Ташлыков, 1999; В.В. Батишев, 2002 и др.). Многие вышеуказанные специалисты, занимавшиеся разработкой психотерапевтических программ для наркологических больных, опирались в своих исследованиях на понятие о психологической защите личности. Тем не менее, ими не были описаны механизмы, которые способствуют преодолению анозогнозии.

В ряде исследований, посвященных этому феномену, анализируется проблема взаимного влияния клинических проявлений алкогольной анозогнозии и клиники самого заболевания, социально-психологических характеристик личности, преморбидных личностных особенностей. Тем не менее, отсутствуют исследования, в которых бы рассматривался весь комплекс клинических, психологических и социальных факторов, влияющих как на формирование, так и на преодоление анозогнозии. Не проводилось углубленное психологическое изучение представлений больных алкоголизмом о своём заболевании, лишенных искажающего воздействия психологической защиты личности. Предложенные ранее стратегии психотерапевтического лечения больных алкоголизмом, направленные на преодоление алкогольной анозогнозии, нуждаются в дальнейшем совершенствовании.

**Целью исследования** является изучение формирования и динамики алкогольной анозогнозии при алкоголизме и разработка на этой основе новых подходов в комплексном лечении, в том числе в психотерапевтической помощи, больным с указанной патологией.

#### **Задачи исследования**

1. Установить клиническую типологию и психологические механизмы формирования алкогольной анозогнозии у больных с синдромом зависимости от алкоголя.

2. Выявить взаимосвязи между клинической картиной алкоголизма, его социальными последствиями, с одной стороны, и особенностями проявлений алкогольной анозогнозии, с другой.

3. Установить влияние преморбидных факторов (социально-психологических, клинических) на характер проявлений алкогольной анозогнозии.

4. Оценить возможности терапевтического воздействия на больных с различными типологическими вариантами алкогольной анозогнозии и разработать на этой основе программу лечебных мероприятий, направленную на коррекцию нарушений осознания болезни.

#### **Положения, выносимые на защиту**

1. Стержневым элементом в структуре алкогольной анозогнозии являются механизмы психологической защиты личности.

2. Алкогольная анозогнозия у больных с различными клиническими характеристиками алкоголизма и особенностями личностного реагирования на развитие заболевания имеет свои типологические и динамические отличия.

3. Взаимодействие преморбидных личностных особенностей, способствующих формированию алкогольной анозогнозии, и основных симптомокомплексов заболевания имеет континуальный характер.

4. Для лечения алкогольной зависимости, направленной на преодоление анозогнозии, требуется комплексный подход, включающий в себя медикаментозные и различные психотерапевтические средства воздействия, интегрированные в рамках единой и длительной терапевтической программы.

## НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Впервые проведено комплексное (клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое, клинико-катамнестическое) изучение больных алкоголизмом с различной степенью выраженности алкогольной анозогнозии. Клинические результаты дополнены данными психологического обследования с применением методик, которые ранее не использовались в исследовании, направленном на изучение динамики отношения больных с указанной патологией к своему заболеванию. Получены новые научные факты, свидетельствующие о тесной взаимосвязи феноменов алкогольной анозогнозии и психологической защиты личности. Установлено значение преморбидных личностных особенностей, определяющих выбор защитных механизмов, рассмотрено содержание анозогнозии, определен удельный вес как осознаваемых, так и неосознаваемых субъективных представлений больных в её структуре. Результаты работы освещают механизм формирования анозогнозии как систему защитных психологических образований, обусловленных взаимовлиянием преморбидных личностных особенностей и патологического влечения к алкоголю. Уточнена роль клинических и социально-психологических факторов в формировании различных вариантов отношения к болезни. Получены новые данные об эффективности лечения больных алкоголизмом методом групповой психотерапии, которые объективизированы с помощью экспериментально-психологических исследований.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Результаты исследования позволяют усовершенствовать терапевтическую тактику лечения больных алкоголизмом и существенно оптимизировать лечебный процесс. Разработанная программа комплексного лечения больных алкоголизмом, направленная на преодоление алкогольной анозогнозии, дает возможность выработать индивидуальную терапевтическую стратегию для каждого пациента, определить прогноз лечебных мероприятий, своевременно выявить и устранить действие факторов, затрудняющих лечение. Применение разработанной модификации метода групповой психотерапии позволяет повысить эффективность наркологической помощи. Практическое значение предложенной терапевтической программы возрастает в связи с её комплексностью: приемы

группового воздействия сочетаются с другими психотерапевтическими методиками (индивидуальной рациональной психотерапии, семейной психокоррекцией), а стратегии психокоррекционного воздействия с медикаментозными мероприятиями.

### ОБЪЕМ И СТРУКТУРА РАБОТЫ

Работа изложена на 183 страницах и состоит из введения, пяти глав, заключения и выводов. Список литературы включает 191 источников, из них 137 отечественных и 54 зарубежных. Работа проиллюстрирована 17 рисунками и 31 таблицей, включает приложения с картой обследования и 3 клинических наблюдения.

Предварительные результаты исследования были доложены на Проблемном совете ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского 8.04.2004г. По теме диссертации опубликовано 6 печатных работ.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было проведено обследование и лечение 133 больных алкоголизмом (только мужчины). Исследование осуществлялось на базе наркологического отделения ГНЦ ССП им. В.П.Сербского в 1998-2003гг. Период катamnестического наблюдения составил от 1 года до 4 лет.

Больные алкоголизмом проходили курс лечения стационарно в течение 2-3 недель, а затем амбулаторно от 2 недель до 3 месяцев. Всем больным проводилось медикаментозное лечение, индивидуальная рациональная и семейная психотерапия. 67 человек прошли лечение методом групповой психотерапии, проводившимся в малых группах (от 5 до 9 человек) в течение от 1 до 3 месяцев (9-27 сеансов по 2 часа). Метод основывался на интерперсональном общении участников группы, использовалась групповая динамика, направленная дискуссия и игровые методики. Лечение 66 больных ограничивалось индивидуальной и семейной психотерапией.

Для выполнения задач исследования и соблюдения принципа однородности материала определены следующие критерии отбора и обследования больных:

1) Изучаемый контингент включал больных алкоголизмом начальной (первой), средней (второй) и конечной (третьей) стадии. У всех больных синдром зависимости от алкоголя (F-10.2 по МКБ-10) характеризовался

наличием: сильного желания принять психоактивное вещество (ПАВ); снижения способности контролировать прием ПАВ; повышения толерантности к ПАВ; употребления ПАВ вопреки вызываемым им вредным последствиям. У больных со второй стадией алкогольной зависимости имелись также сформированный алкогольный абстинентный синдром и «поглощенность» пациента употреблением алкоголя. При третьей стадии зависимости обнаруживались снижение толерантности к алкоголю и стойкие соматоневрологические нарушения.

2) Из исследования исключались больные с патологией психотического уровня, в том числе с корсаковским синдромом, с тяжелыми соматическими и неврологическими заболеваниями. В исследование не вошли также лица, имевшие ещё до развития алкоголизма клинически выраженные органические расстройства, и те пациенты, у которых злоупотребление алкоголем сочеталось с приемом других ПАВ.

3) Психологическое обследование больных проводилось только после купирования основных проявлений абстинентного синдрома и актуального патологического влечения к алкоголю (известно, что при актуализации влечения к алкоголю анозогнозия достигает тотального уровня у всех больных алкоголизмом).

4) Для анализа изменений, происходивших под воздействием групповой психотерапии, были сопоставлены результаты обследования больных, прошедших курс групповой психотерапии и не проходивших его. Отбор больных для проведения групповой психотерапии был случайным. Основные социально-демографические и клинические характеристики больных сравниваемых групп были аналогичными. Оценка эффективности психотерапии производилась по критериям Б.Д. Карвасарского (1990) в сочетании с тестом «САН» (самочувствие-активность-настроение).

5) Обследование проводилось сплошным методом. Деление больных на группы с различными вариантами алкогольной анозогнозии проводилось в соответствии с критериями, разработанными А.К. Качаевым и В.В. Политовым (1983). Они основаны на клинических проявлениях алкогольной анозогнозии, механизм которой обусловлен подсознательной переработкой больным, с одной стороны, его представлений об алкоголизме и с другой – впечатлений о себе самом. Наличие тотальной анозогнозии характеризовалось полным отрицанием болезни без использования пациентом каких-либо рациональных аргументов. При частичной анозогнозии та или иная степень отрицания собственного заболевания



основывалась больными на системе доказательств. Осознание болезни характеризовалось полным признанием больными у себя алкоголизма как хронического заболевания. Диагностика отношения к болезни проводилась с помощью изучения актуального психического состояния больного, дополненного данными объективного и субъективного анамнеза. Сведения, имевшие субъективный характер, уточнялись с помощью специально разработанного опросника.

При обследовании 133 человек, проведенном сплошным методом, были определены следующие основные группы: 1-ая группа – больные с тотальной анозогнозией – 28 человек (20,1%), 2-ая группа – больные с частичной анозогнозией – 89 человек (66,9%), 3-я группа – больные с осознанием заболевания – 16 человек (12,0%).

За рабочую концепцию приняты полученные Э.И.Бехтелем (1986г.), Л.И.Вассерманом с соавторами (1993г.) и рядом других специалистов научные данные, в которых алкогольная анозогнозия рассматривается как система неосознаваемых или малосознаваемых механизмов психологической защиты, позволяющих индивидууму перерабатывать различные феномены, обусловленные внутриспсихическим конфликтом. Критерии отбора, обследования пациентов, подход к их психотерапевтическому лечению были обусловлены точкой зрения, согласно которой в каждой выделенной группе имеются определенные отличия в личностном реагировании на заболевание, связанном с механизмами психологической защиты. Эти отличия прослеживаются с преморбидного периода, влияют на формирование алкоголизма, его течение, клинические проявления, особенности изменений личности, длительность и качество ремиссий.

Использовались следующие методы исследования: клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, экспериментально-психологический (тесты «Индекс жизненного стиля», «САН», методика предельных смыслов, тест репертуарных решеток), математико-статистический.

Диагностика акцентуаций и психопатий основывалась на работах В.А.Гурьевой и В.Я.Гиндикина (1980), Б.В.Шостаковича (1997), а также на МКБ-10. При выделении отдельных типов алкогольных изменений личности были учтены публикации Н.Н.Иванца, А.Л.Игонина (1977, 1983), Ю.В.Валентика (1984). Диагностика характера патологического влечения к алкоголю проводилась с помощью критериев, разработанных А.А.Портновым и И.Н.Пятницкой (1971). При разработке

психотерапевтических подходов для описываемого контингента за основу были взяты стратегические принципы лечения наркологических больных, сформулированные Б.М. Гузиковым с соавт. (1980), Ю.В.Валентиком (1997) и другими авторами.

Механизмы психологической защиты личности и структура внутренней картины болезни изучалась по результатам психологического обследования. Данные теста «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) помогли уточнить преобладающие варианты психологической защиты личности у больных в выделенных группах. Методика предельных смыслов (МПС) отразила особенности мировоззрения больных. Тест репертуарных решеток (ТРР) Дж. Келли способствовал выявлению представлений об алкоголизме, определял состояние самооценки и её взаимосвязь со степенью признания заболевания.

При проведении работы использовалась карта клинического обследования больных, разработанная в Отделе судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ГНЦ им. В.П. Сербского. Вопросы, содержащиеся в карте, отражали социальный статус больных, демографические и наследственные характеристики, воспитание, особенности преморбидного периода, формирование и течение алкоголизма, степень осознания проявлений алкоголизма, результаты лечения (всего 280 параметров).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение 133 больных алкоголизмом показало следующее. Средний возраст обследованных составил 37,8 лет (от 18 до 61 года). Наследственность была отягощена: алкоголизмом – у 80 чел. (60,2%), невротическими и личностными расстройствами у одного или обоих родителей – у 18 чел. (13,5%), эндогенными заболеваниями родственников – у 2 чел. (1,5%). В полных, стабильных семьях воспитывались 99 человек (74,4%). Нарушение функционирования семей преобладало над структурными нарушениями и отмечалось в 92 случаях (69,2%) в неправильном воспитании разных типов (гипоопека, гиперопека, хронические конфликты, эмоциональное отвержение и др.).

Только у 26 чел. (19,6%) в преморбидном периоде личность могла характеризоваться как условно-гармоничная. В большинстве случаев определялись личностные нарушения, достигающие степени акцентуации у 75 чел. (56,4%), либо психопатии у 32 чел. (24,1%).

Высшее образование имела почти половина всех больных – 61 чел. (45,9%). С развитием алкоголизма лишь у 38 чел. (28,6%) не изменился трудовой или учебный статус. Снижение качества работы, понижение в должности, вынужденная смена мест работы, прекращение учёбы и другие нарушения трудовой адаптации, непосредственно связанные со злоупотреблением спиртными напитками, наблюдались у 46 чел. (34,6%). 49 чел. (36,8%) полностью прекратили трудовую деятельность и более полугодом находились на иждивении родственников. По семейному положению большинство больных алкоголизмом были женатыми – 73 человека (54,9%), 37 чел. (27,8%) находились в разводе, 23 чел. (17,3%) в браке никогда не состояли.

К моменту обследования средняя длительность алкоголизма составила 12,2 года (от 1 года до 29 лет). Большинство больных страдали второй стадией алкогольной зависимости – 117 чел. (87,9%), третья стадия алкоголизма была у 9 чел. (6,8%), первая стадия – у 7 чел. (5,3%).

*Анализ особенностей преморбидного периода* больных выделенных основных групп показал наличие существенных различий.

Группа больных с *тотальной анозогнозией* характеризовались меньшим удельным весом, чем у всех обследованных, наследственной отягощенности по алкоголизму (42,9%), в том числе и в нуклеарной семье: в

28,6% случаев алкоголизм обнаруживался у отца и в 3,6% случаев – у матери. Количество неполных семей было наименьшим (14,3%). Нарушения семейного функционирования (60,7%) проявились в большей степени в таком виде неправильного воспитания, как гиперопека – 46,4%. Нарушенное воспитание по типу «кумира семьи» встречалось только в этой группе и было особо деструктивным. К возрасту 18 лет в 1-ой группе был наибольшим процент лиц, у которых обнаруживались расстройства личности, достигающие глубины психопатии (39,3%). По типу личности преобладали лица неустойчивого круга (46,4%).

Уровень наследственной отягощенности по алкоголизму в группе больных с *частичной анозогнозией* был высоким – 64,1%, при этом алкоголизм отца обнаруживался в 44,9% случаях, а матери – в 4,5%. Функциональные нарушения регистрировались в семьях у 73,0% больных, а структурные (неполные семьи) – у 25,8% больных. Преобладающим типом неправильного воспитания была гипоопека (34,8%), в некоторых случаях доходившая до безнадзорности. Среди обследованных значительно преобладали лица с акцентуациями черт характера (62,9%), а по типу личности – лица с астеническим личностным радикалом (21,3%).

Группа больных с *осознанием заболевания* отличалась самым большим уровнем наследственной отягощенности по алкоголизму (68,8%). При этом данное заболевание наиболее часто регистрировалось именно в нуклерной семье: в 62,5% случаев алкоголизм обнаруживался у отца и в 18,8% – у матери. Количество неполных семей в этой группе было наибольшим – 43,8%, а среди типов неправильного воспитания (62,8%) преобладала гипоопека (37,5%). Удельный вес лиц с условно-гармоничным складом личности был самым высоким по сравнению с другими группами – 50,0%.

Было определено преобладающее, ригидное использование одного из *вариантов психологической защиты* для различных типов личностных особенностей (по классификации Р.Плутчика и Г.Келлермана, модифицированной Л.И.Вассерманом с соавт., 1999) Усиление ригидности механизмов защиты свидетельствовало о понижении уровня самосознания. Выдсление примитивных (регрессия, отрицание) и более зрелых (рационализация, компенсация) механизмов защиты позволило определить преобладание первых у лиц с психопатиями. Гармоничное развитие личности обнаруживало отсутствие ригидных и примитивных механизмов

психологической защиты (МПЗ) в её структуре, а значит, и большую способность личности понимать и осознанно руководить своим поведением.

Возраст начала приобщения к алкоголю в группах не различался и в подавляющем большинстве случаев соответствовал 16-22 годам. На этом этапе выявленные различия между группами были обусловлены, прежде всего, характером мотивации в отношении употребления психоактивных веществ (ПАВ). Злоупотребление наркотическими веществами (чаще гашиша) до формирования алкоголизма, появление атарактического мотива на психогенной почве и потребность в гиперактивации поведения посредством алкоголя преобладали у больных 1-ой группы и довольно часто встречались у больных 2-ой группы (первичная мотивация по классификации Завьялова В.Ю., 1990). Традиционные, субмиссивные и коммуникативные мотивы были больше свойственны больным 3-ей группы.

*Особенности дальнейшего становления и динамики алкогольной анозогнозии* зависели от степени прогрессивности алкоголизма, характера патологического влечения к алкоголю и от особенностей личностного реагирования на наличие заболевания.

Первичное патологическое влечение (ППВА) к алкоголю на первой стадии алкогольной зависимости реализовывалось у больных 1-ой группы в большинстве случаев (53,6%) по компульсивному варианту, а у больных 2-ой группы (75,3%) и 3-ей группы (75,0%) – по obsессивному варианту.

Исследуемый контингент с первой стадией зависимости включал обследованных 1-ой группы (5 чел.; 17,9%) и 3-ей группы (2 чел.; 12,5%). У этих больных преобладал obsессивный характер ППВА. Однако в полной мере осознать факт вреда, приносимый злоупотреблением алкоголем, смогли лишь обследованные 3-ей группы, которые на примере участников групповой психотерапии идентифицировали своё заболевание на основании наличия у них именно симптомов ППВА\*. Остальные обследованные с первой стадией зависимости не признавали болезненный характер их злоупотребления` алкоголем. Их убеждения основывались на отсутствии у них признаков абстинентных состояний и других расстройств, в большей мере обусловленных физической зависимостью от алкоголя и соматическими нарушениями.

На этапе второй стадии алкоголизма наиболее тяжелые формы ППВА принимало у больных 1-ой группы. В 71,4% случаев у них наблюдался

\*- Под первичным патологическим влечением понималась болезненная потребность в алкоголе, возникающая вне интоксикации (в интервалах между алкогольными эксцессами и в ремиссиях)

вариант компульсивного влечения, тогда как более легкий вариант обсессивного влечения отмечался лишь в 28,6% случаев. Соответственно, у больных 2-ой группы это соотношение было 42,7% и 57,3%, а у пациентов 3-ей группы – 25,0% и 75,0%. В опьянении и в абстинентном состоянии интенсивность влечения к алкоголю у всех больных достигала компульсивного уровня, при этом способность критического отношения к влечению и заболеванию в целом резко снижалась.

Изучение основных характеристик алкоголизма во второй стадии зависимости, в том числе таких, как тяжесть и длительность ААС, формы злоупотребления алкоголем, толерантность к алкоголю достоверных различий по группам не имели.

В третьей стадии алкогольной зависимости особенностью признания больными своего заболевания было либо значительное снижение фона настроения, в некоторых случаях достигавшего глубокой витальной тоски, либо неоправданно оптимистическая оценка перспективы, сочетающаяся с эйфоричностью. Интенсивность патологического влечения к алкоголю в ремиссиях была низкой, но при рецидивах оно неумолимо достигало компульсивного уровня, часто без соответствующих для этого причин. Из 9 чел., обследованных в третьей стадии алкоголизма, у 8 чел. (9,0%) осознание заболевания было частичным (2-ая группа) и у 1 чел. (6,3%) - полным (3-я группа).

Клиническая динамика заболевания в целом оценивалась с помощью понятия *степени прогрессивности*, под которым подразумевалось быстрота формирования и прогрессирования алкоголизма (Морозов Г.В., Иванец Н.Н., 1981).

Высокопрогрессивное течение алкоголизма среди изученного контингента больных наблюдалось в 57,1% случаев в 1-ой группе, у 33,7% обследованных во 2-ой группе и у 25,0% обследованных в 3-ей группе. Данный клинический вариант алкогольной зависимости характеризовался особенно быстрыми сроками формирования второй стадии алкоголизма (от 1 года до 5 лет) и наиболее ранним возникновением (обычно в возрасте до 25 лет) выраженных социальных последствий заболевания. Во всех группах высокий темп прогрессирования алкоголизма отмечался в тех случаях, когда заболевание начиналось в подростковом возрасте, на фоне психопатии, на психогенной почве, а также в тех случаях, когда формированию алкоголизма предшествовало злоупотребление наркотическими веществами. Больные 1-ой группы на момент первого обращения за наркологической помощью

отличались выраженными психопатоподобными нарушениями и морально-этическим снижением, что явилось основаниям для их родственников настаивать на проведении лечения. Обращению за лечением у больных 2-ой группы способствовали такие особенности заболевания, как развитие значительных соматоневрологических нарушений и тяжесть социальной дезадаптации. У обследованных 3-ей группы появление первых признаков социальных последствий алкоголизма, как правило, приводило к поискам лечебной помощи уже на первой стадии алкоголизма.

Средняя степень прогрессивности алкоголизма в большинстве случаев наблюдалась во 2-ой (52,8%) и 3-ей группах (56,3%). В 1-ой группе она отмечалась в 35,7% случаев. Длительность этапа систематического употребления алкоголя у таких больных была 3-7 лет, а первая стадия заболевания - 2-7 лет. Социальные последствия заболевания обнаруживались примерно к 30 годам, а лечиться по поводу алкоголизма больные начинали в возрасте 23-40 лет. В преморбидном периоде у таких больных довольно часто обнаруживались акцентуации личностных особенностей, которые при прогрессировании зависимости принимали характер резкого заострения, сопровождавшегося аффективными нарушениями. В 1-ой группе средний темп прогрессивности был свойственен только тем больным, у которых злоупотребление алкоголем на разных этапах формирования заболевания утяжелилось в связи со стрессовой ситуацией.

У 7,1% больных 1-ой группы, 13,5% больных 2-ой группы и 18,8% больных 3-ей группы алкоголизм характеризовался низкопрогрессивным темпом течения. При этом начальные этапы заболевания растягивались во времени от 5 до 10 лет с менее явными и более поздно (от 30 до 45 лет) проявившимися социальными последствиями заболевания, а у обследованных 2-ой группы длительность этапов формирования алкоголизма была самой продолжительной - от 8 до 20 лет. Среди данного контингента алкогольные изменения личности были нерезко выражены, преобладали невротоподобные нарушения, а преморбидная структура личности в довольно большом проценте случаев определялась как условно-гармоничная.

По мере прогрессирования алкоголизма *личностные особенности* больных заметно видоизменялись, что коррелировало с утяжелением основных симптомокомплексов наркологического заболевания. В частности, при возрастании интенсивности патологического влечения к алкоголю наблюдалось и снижение критического отношения к проявлениям алкогольной зависимости, чему соответствовало усиление напряженности

механизмов психологической защиты личности. Нарастающее заострение характерологических особенностей сочеталось с увеличением ригидности МПЗ по определенному для каждой типа личностных особенностей варианту. Утяжеление симптомокомплексов зависимости и длительное течение заболевания способствовало появлению в структуре личности изменений, характерных для низкого (примитивного) уровня МПЗ. К таким изменениям относились трудности в различении оттенков эмоциональных состояний, избирательность и сужение круга социальных контактов, склонность к демонстративным проявлениям, примитивному и утрированному личностному реагированию, которые в сочетании с отрицанием очевидных аспектов объективной реальности приводили к дополнительному искажению восприятия действительности.

У больных с тотальной анозогнозией всё более выраженными становились психопатоподобные проявления и эмоциональная неустойчивость. Те больные, у которых ещё до формирования алкогольной зависимости обнаруживались расстройства зрелой личности, отличались глубоким морально-этическим снижением. В группе больных с частичной анозогнозией чаще всего к заострению преморбидных личностных особенностей присоединялась астенизация психической деятельности, которая проявлялась низкой фрустрационной толерантностью и часто приводила к субдепрессивным расстройствам с различными оттенками настроения, зависящими от типа личности. У больных с осознанием заболевания в большей мере, чем у остальных обследованных, были развиты компенсаторные возможности личности. Для них были характерны установка на достижение позитивных социально-значимых целей и достаточно высокая способность к совладанию со стрессовыми ситуациями. Повышение критики к заболеванию у таких больных сопровождалось нормализацией фона настроения и стабилизацией самооценки.

Степень выраженности алкогольной анозогнозии у больных коррелировала, наряду с другими факторами, с *длительностью и качеством ремиссии*. В этом отношении наиболее информативными показателями являлись частота ранних рецидивов, которая снижалась от 1-ой к 3-ей группе, и показатель социальной реадaptации, особенности которой заметно различались в каждой группе. Обнаружено также, что многократность попыток получения помощи у различных специалистов, использующих разнонаправленные и часто противоречивые по отношению друг к другу методы, положительно коррелировала с повышением степени



анозгнозии, в то время как лечение в рамках единой терапевтической программы, у одного специалиста или в одном учреждении, – отрицательно.

В 1-ой группе умеренная выраженность социальной дезадаптации была обусловлена значительной компенсаторной поддержкой ближайшего социального окружения, притом, что 42,9% больных этой группы полностью прекратили трудовую деятельность. На полном иждивении у родственников находилось наибольшее, чем в других группах, количество больных – 57,1%. В браке состояло 46,4% больных. Конфликты в семьях наблюдались часто, как в периоды злоупотребления алкоголем, так и в периоды трезвости. В 35,7% случаев это привело к распаду семьи. Актуализация влечения к алкоголю в ремиссиях в большинстве случаев не была связана с внешней ситуацией, происходила аутохтонно. Такие эпизоды часто сопровождалась бессонницей или сновидениями с алкогольной тематикой, неустойчивостью настроения и раздражительностью.

Больные 2-ой группы чаще характеризовались значительным снижением трудового статуса и выраженными признаками созависимости у членов их семей, конфликтность в которых уменьшалась лишь на отдаленных этапах ремиссии. Многие обследованные этой группы в течение длительных периодов не работали и не имели отдельного жилья. Часто они трудоустроивались на низкоквалифицированную и временную работу. 60,7% больных состояло в браке (в большинстве случаев - повторно). Количество больных, находящихся в разводе (25,8%), и, никогда не состоявших в браке (13,5%), в целом было наименьшим по сравнению с другими группами. Актуализации влечения в ремиссиях чаще, чем у остальных больных, предшествовали появление астенических расстройств и снижение работоспособности. Обострения влечения к алкоголю провоцировались как эндогенными, так и экзогенными факторами (смешанный характер актуализации влечения).

У многих больных 3-ей группы степень социальной адаптации к моменту обследования была достаточно низкой. Потеряли работу 68,8% больных. Только 37,5% пациентов состояло в браке (этот показатель был самым низким среди всех обследованных). Количество больных, никогда не состоявших в браке (37,5%) было наибольшим. Однако большинство больных этой группы сохраняли ответственное отношение к выполнению семейных обязанностей, что обусловило низкую конфликтность в семьях. Актуализация влечения к алкоголю происходила на отдаленных этапах

ремиссии при выраженной декомпенсации личности в ответ на стрессовые ситуации (потеря работы, смерть близких, расторжение брака).

Результаты *психологического обследования* по тестам ИЖС, МПС и ТРР свидетельствуют о преобладающем влиянии механизмов психологической защиты личности в формировании алкогольной анозогнозии и подтверждают обнаруженные клинические закономерности её динамики. Выделено несколько типов МПЗ: деструктивный, умеренно деструктивный и конструктивный. При *деструктивном* типе МПЗ алкогольная анозогнозия является стойкой и её преодоление у больных в рамках предложенной терапевтической программы не представляется возможным. *Умеренно деструктивному* типу МПЗ соответствуют искаженная внутренняя картина болезни, формирование внутриличностного конфликта по отношению к заболеванию и малоадаптивные стратегии совладания с болезнью. При *конструктивном* типе МПЗ внутренняя картина заболевания адекватная, а внутриличностный конфликт разрешается полностью с помощью адаптивных стратегий совладания с болезнью. Уменьшение деструктивности МПЗ с соответствующими изменениями в самосознании больных осуществляется длительно (не менее 10-15 лет) и только под влиянием различных, способствующих этому факторов, в том числе и терапевтических. Возможен и обратный процесс при выраженной дестабилизации психической деятельности.

У многих больных с *тотальной анозогнозией* формирование присущего им выраженного феномена полного отрицания болезни было связано с преобладанием психологической защиты деструктивного типа. Она обусловлена действием примитивных вариантов защит, искажающих осознание заболевания и не допускающих его ещё на уровне восприятия. Мировоззрение больных с *тотальной анозогнозией* отличалось крайней прямолинейностью и неразвитостью смысловых связей, суженным контекстом осмысления, скованностью активности мыслительных процессов. Представления больных о себе были поверхностны и неадекватно завышены, а об алкоголизме – максимально искажены. Вместе с тем, понятие о “типичном алкоголике” во многом было тождественно представлению о себе. Такая “спаянность” алкогольных установок с личностными в сочетании с примитивностью мировоззрения свидетельствует о тотальном отрицании заболевания во всех сферах психического функционирования индивидуума. При отсутствии внутриличностного конфликта это приводит к длительной и стойкой “заблокированности” самосознания больных.

Механизмы психологической защиты личности больных с *частичной анозогнозией* отличались умеренной деструктивностью, при которой до осознания допускается лишь часть информации о заболевании. Смысловая регуляция деятельности у таких больных была упрощена, противоречива и мало осознавалась. Структура и содержание мировоззрения отражало их жизнь в виде замкнутого круга, направленную исключительно на удовлетворение актуальных потребностей, представленную привычными формами поведения, отклонение от которых вызывает дискомфорт. Представления об алкоголизме окрашивались позитивно из-за положительного к алкогольному образу жизни отношения, которое, в свою очередь, усиливалось снижением уровня притязаний личности. Повышение уровня осознания заболевания у обследованных с *частичной анозогнозией* сопровождалось значительным снижением самоуважения и было связано с формированием внутриличностного конфликта. Неадекватность стратегий совладания с заболеванием проявлялась в неудачных, но повторяющихся попытках установить контроль над приемом алкоголя, а также гиперкомпенсаторными, негармоничными тенденциями в реализации жизненных планов.

У больных с *осознанием заболевания* в структуре личности преобладали механизмы конструктивного типа психологической защиты, которые допускают психотравмирующую информацию о наличии заболевания до осознания. Система смысловых связей больных этой группы была более зрелая и развитая по сравнению с мировоззрением других больных алкоголизмом. Внутриличностный конфликт практически полностью разрешался благодаря тому, что психотравмирующая информация о наличии у них заболевания была «переработана» и ассимилирована. Это становилось возможным благодаря разотожествлению представлений о себе и своей жизни с адекватно сформированными представлениями об «алкоголике». Все компоненты самосознания — когнитивный, эмоциональный, поведенческий — отражали полноту этого разотожествления, а стратегии совладания с болезнью характеризовались гармоничностью по отношению ко многим сферам жизнедеятельности.

**Лечение** больных алкоголизмом с различной степенью выраженности алкогольной анозогнозии проводилось в соответствии с принципами комплексности, этапности и очередности лечебных мероприятий, их непрерывности и достаточной длительности.

Этапность лечения определялась последовательной динамикой клинической картины, в соответствии с чем выделялись следующие этапы: а) терапия острых нарушений, включающий купирование абстинентного синдрома и патологического влечения к алкоголю, установление контакта с больным и мотивирование его на продолжение дальнейшего лечения (3-7 дней), б) лечение постабстинентных расстройств и основной курс психотерапии (3 недели), в) поддерживающие мероприятия после выписки из стационара (от 1 до 3 месяцев), г) консультации в течение ремиссии.

Комплексный подход подразумевал сочетание на всех этапах лечения медикаментозного, психотерапевтического и социально-ориентированного воздействия. Психофармакотерапия была представлена препаратами различных групп. Медикаментозное воздействие направлялось на максимальное облегчение симптоматики, связанной с отменой алкоголя, на купирование ППВА, лечение аффективных, церебральных, поведенческих расстройств и хронических осложнений алкогольной интоксикации. Терапевтическая схема, как правило, включала в себя средства дезинтоксикационного и общеукрепляющего действия, антидепрессант (ципрамил, флувоксамин, паксил, золофт, коаксил, ремерон), нейрелептик (сонапакс, хлорпротиксен, неулептил, азалеπτин) и/или антиконвульсант (финлепсин),

Основные направления психотерапевтического воздействия были обусловлены задачами настоящего исследования, а именно преодолением деструктивного действия МПЗ. Задачами психотерапевтического лечения являлись также: коррекция самосознания, личностных и аффективных расстройств, межличностных нарушений и побуждение больных к изменению образа жизни.

В психотерапевтической работе применялись индивидуальная, семейная и групповая формы лечения. Было показано, что наиболее эффективным методом, способствующим преодолению алкогольной анозогнозии, является групповая психотерапия (ГПТ). При этом остальные перечисленные выше лечебные мероприятия являются необходимыми, хотя и служат по сравнению с групповой психотерапией вспомогательными, дополняющими основной метод средствами. Разработанная программа психотерапевтической коррекции больных алкоголизмом соответствует интегративной модели психотерапии. В ней определены и обоснованы актуальность применения разных форм психотерапии, структура сеансов различных методов и специфика проведения отдельных техник для каждого

варианта алкогольной анозогнозии. Выделенные механизмы психологической защиты и особенности внутренней картины болезни использовались в качестве мишеней психотерапии и служили дифференциально-диагностическими признаками при выборе психотерапевтической тактики лечения.

Методом индивидуальной работы с больными являлась индивидуальная рациональная психотерапия. На сеансах врачом определялись основные цели психокоррекционного воздействия, вырабатывалась индивидуальная для каждого больного стратегия лечения. Проводимая работа по формированию адекватного отношения к заболеванию и лечению напрямую соотносилась со степенью мотивированности пациентов к участию в других формах психотерапии.

Важность семейной психотерапии для обследованного контингента диктовалась более низкой мотивацией на лечение больных по сравнению с их родственниками, анозогнозией у самих членов семьи, а также грубо нарушенными формами общения в семьях. Этот метод психотерапии был особенно эффективен в лечении больных с частичной анозогнозией. Коррекция семейных отношений в этих случаях способствовала, наряду с формированием адекватных знаний об алкоголизме у родственников, повышению мотивации на лечение у больных. Эффект от проведения семейной психотерапии у больных с тотальной анозогнозией был незначительным. Но даже в этих случаях во взаимоотношениях больных и их родственников удавалось произвести достаточную коррекцию, которая позволяла улучшить их взаимодействие друг с другом.

При сравнительной оценке результатов проведенного лечения у больных в различной степени выраженности алкогольной анозогнозии наиболее значительное улучшение показателей ремиссии наблюдалось у тех пациентов (67 чел.), кто прошел весь курс комплексного лечения, включая групповую психотерапию. В процессе работы в группе больные обучались распознаванию у себя и у других психологических механизмов, которые лежали в основе их нежелания лечиться и быть здоровыми. Большое значение придавалось формированию адекватных взглядов на болезнь, собственную личность, поведение, социальные отношения, а также развитию коммуникативных навыков.

При анализе результатов лечения применялись критерии эффективности психотерапии Б.Д.Карвасарского (1990), с помощью которых оценивалось качество ремиссии, а также частота ранних рецидивов в

сравнении с предыдущим курсом лечения и количество больных, у которых продолжительность ремиссии превысила двухлетний рубеж. Было выявлено, что проведенное комплексное лечение больных алкоголизмом, включающее метод ГПТ, способствует значительному улучшению психического состояния больных за счёт позитивных сдвигов в их самосознании, в частности, в улучшении понимания своих алкогольных проблем и гармонизации отношения к собственной личности (данные подтверждены результатами тестов МПС и ТРР). Кроме этого наблюдаются коррекция отношения больных к окружающим людям, стабилизация эмоциональной сферы и другие эффекты.

После проведенного лечения, не включавшего ГПТ, у больных (66 чел.) психическое состояние улучшалось в гораздо меньшей степени. Понимания болезненного характера имеющихся расстройств либо не происходило, либо сопровождалось значительным снижением фона настроения, которое было обусловлено снижением самооценки. Во многих случаях наблюдалось возрастание внутренней конфликтности, которая приводила или к повышению негативного отношения к собственной личности, или к усилению конфликтности в семейных отношениях.

Сравнение длительности ремиссий больных, проходивших и не проходивших групповую психотерапию, не выявило достоверных различий.

В группе больных с тотальной анозогнозией появление намерения воздерживаться от алкоголя наблюдалось в основном у тех пациентов, которые посещали сеансы ГПТ (35,7%). При этом показатель частоты ранних рецидивов (до 6 месяцев воздержания от алкоголя) в этой группе по сравнению с предыдущим лечением (79,0%) остался практически на том же уровне (75,0%). Ремиссии не превысили 2-х лет ни в одном случае.

Эффект от комплексного лечения в группе больных с частичной анозогнозией был более значительным и достоверным. Наиболее выраженными были показатели улучшения семейного функционирования, симптоматического улучшения и длительности ремиссий. Терапевтические установки большинства больных характеризовались твердым настроем на трезвость. Ремиссии превысили 2-летний рубеж у 21,4% пациентов. Количество ранних рецидивов уменьшилось в значительной большей степени (ранее – 77,6%; после настоящего лечения – 38,2%). В остальных случаях рецидивам способствовали обострения конфликтности в семьях, нестабильность эмоционального состояния больных. Только у больных этой группы, проходивших групповую психотерапию, длительность ремиссий

была достоверно выше, чем у пациентов, при лечении которых данный метод не использовался.

У всех больных с осознанием заболевания установка на трезвость сопровождалась настроем на достижение позитивных социально-значимых целей, а длительность ремиссии более 2-х лет была в 87,5% случаев. Срок воздержания в этой группе не превысил 6 месяцев лишь у 6,3% больных, при этом у тех обследованных, кто ранее обращался за наркологической помощью (8 чел.; 50%), данный показатель после предыдущего курса лечения составлял 49,5%. Сравнение результатов лечения больных 3-ей группы, проходивших и не проходивших групповую психотерапию, показало следующее. У первых качество ремиссии было достоверно выше, чем у вторых (наличие высококвалифицированной работы, образование семьи, удовлетворенность социальным функционированием). Существенные различия в отношении длительности ремиссии у этих двух категорий пациентов отсутствовали.

Таким образом, наибольший эффект от проведенного комплексного лечения наблюдается у больных с частичной анозогнозией и с осознанием болезни. При этом групповая психотерапия в большей мере повышает эффективность лечения больных с частичной анозогнозией. Больным с тотальной анозогнозией предпочтительнее осуществлять психотерапевтическое лечение в реабилитационном центре либо с помощью иных психотерапевтических программ.

## ВЫВОДЫ

1. Алкогольная анозогнозия является сложным и стойким клиническим феноменом, развивающемся в непрерывной взаимосвязи с основными симптомокомплексами алкогольной зависимости. Выделение клинических вариантов анозогнозии основывается на степени выраженности её проявлений и особенностях отрицания больными факта наличия у них заболевания: тотальная анозогнозия, частичная анозогнозия и осознание заболевания.

2. Выраженность анозогнозии положительно коррелирует с тяжестью проявлений первичного патологического влечения к алкоголю и степенью прогрессивности заболевания. Пониманию болезненного характера имеющихся расстройств у больных на первой стадии алкоголизма препятствует отсутствие абстинентных и соматических нарушений, которые, прежде всего, ассоциируются с болезнью. При дальнейшем прогрессировании заболевания понижению уровня самосознания способствует появление выраженных психопатологических расстройств, при которых снижаются критические способности личности.

3. В основе алкогольной анозогнозии лежат механизмы психологической защиты личности. Они соответствуют структуре личностных особенностей, прослеживаются с преморбидного периода, а по мере развития зависимости приобретают выраженную деструктивность при тотальной анозогнозии, умеренную деструктивность – при частичной анозогнозии и носят конструктивный (адаптивный) характер при осознании больными своего заболевания.

4. Обнаружено влияние ряда преморбидных факторов у обследованных лиц на характер проявлений алкогольной анозогнозии. При расстройствах личности и некоторых типах акцентуаций (чаще неустойчивого круга) алкогольная анозогнозия имеет особенно выраженный тотальный характер. У больных с тотальной анозогнозией достоверно реже, чем у пациентов с той или иной степенью наличия осознания заболевания среди близких родственников встречаются лица, страдающие алкоголизмом. Возможность наблюдать на примере близких родственников симптомы алкоголизма существенно повышает способность больных к идентификации такого рода проявлений у себя самих. Некоторые довольно разнородные типы нарушений воспитания в семьях (гиперопека, воспитание по типу «кумир семьи», безнадзорность) достоверно коррелируют с выраженностью анозогнозии.



5. Существует сложная и неоднозначная взаимосвязь между степенью социальной дезадаптации и глубиной имеющейся у больных анозогнозии. Удовлетворительные социальные параметры жизни некоторых больных (часто сохраняемые искусственно, за счет поддержки родственников) парадоксальным образом препятствуют осознанию пациентами наличия у них заболевания. Наоборот, стремительная и глубокая социальная дезадаптация может способствовать более полному осознанию больными наличия у них алкоголизма и необходимости отказа от употребления алкоголя.

6. В процессе прогрессирования алкогольной зависимости наблюдается чёткая корреляция между выраженностью алкогольных изменений личности (в особенности психопатоподобных проявлений, морально-этического снижения) и глубиной анозогнозии. Больные с осознанием заболевания были в меньшей степени подвержены этим негативным процессам.

7. Разработанная программа комплексного лечения больных, направленная на коррекцию нарушений осознания болезни, является интегративной и состоит из дифференцированного и поэтапного проведения разнообразных медикаментозных и психотерапевтических мероприятий. При медикаментозной терапии акцент ставится на использовании психофармакологических препаратов (различных групп). Основным методом, способствующим преодолению алкогольной анозогнозии, является групповая психотерапия, остальные мероприятия (индивидуальная и семейная психотерапия) при всей их абсолютной необходимости носят вспомогательный характер. При выборе психотерапевтической тактики лечения в качестве мишеней используются выделенные механизмы психологической защиты и особенности внутренней картины болезни.

8. Сравнительная оценка результативности комплексного лечения больных алкоголизмом с различными вариантами анозогнозии, проходивших и не проходивших курс групповой психотерапии, показала следующее. В группе больных с тотальной анозогнозией заметные различия отсутствовали. В группе пациентов с частичной анозогнозией ГПТ позволяла достоверно улучшить как качество, так и продолжительность ремиссии. В группе больных с осознанием заболевания ГПТ заметно не повлияла на длительность ремиссий, но зато дала возможность значительно повысить их качество (различия достоверны).

9. Существенное улучшение психического состояния у тех пациентов, в лечении которых применяется групповая психотерапия, происходит в первую очередь за счёт позитивных сдвигов в их самосознании, в частности, в улучшении понимания своих алкогольных проблем и гармонизации отношения к собственной личности. Кроме этого, наблюдаются коррекция отношения больных к окружающим людям, стабилизация эмоциональной сферы и другие эффекты. Но указанные изменения в большинстве случаев не настолько глубоки и стабильны, чтобы полностью исключить риск развития рецидивов (хотя бы коротких). Поэтому результаты лечения проявляются больше в улучшении качества ремиссии, чем в увеличении длительности.

#### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Баранова О.В. «Правовые основы проведения недобровольного лечения больных с наркологическими заболеваниями». - Аналитический обзор. - М., 2001. - 22 с. (В соавторстве с д.м.н., проф. А.Л. Игониным, д.м.н. Т.В. Клименко, к.м.н. Л.Е. Пишиковой, В.Н. Карабулькиным);

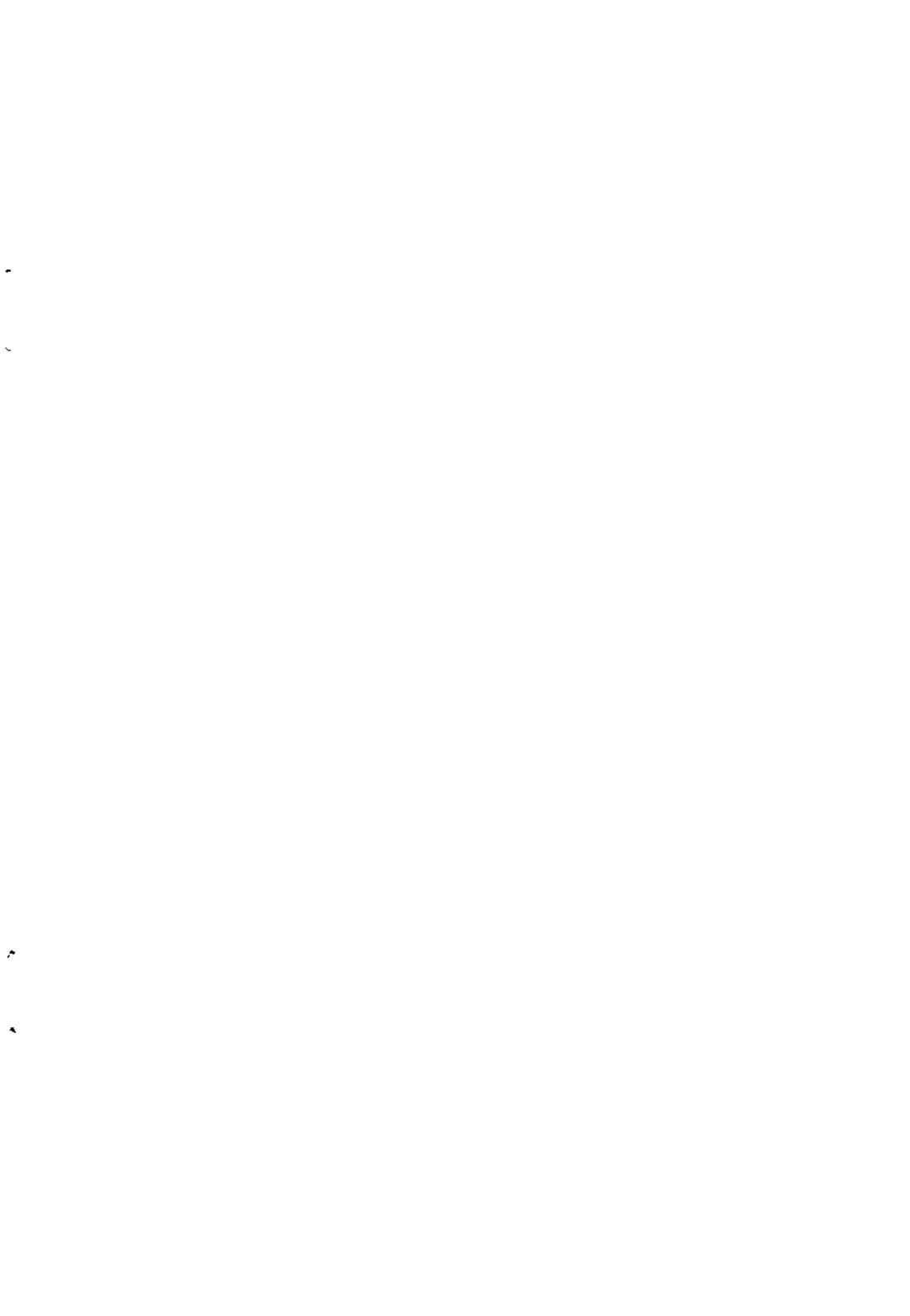
2. Баранова О.В. «Пограничные психические расстройства, осложненные зависимостью от психоактивных веществ, в общей и судебно-психиатрической практике». - Пособие для врачей. - М., 2002. - 44 с. (В соавторстве с д.м.н., проф. А.Л. Игониным, д.м.н. Т.В. Клименко, к.м.н. А.Н. Кривенковым, к.м.н. Н.Е. Кулагиной, к.м.н. Д.В. Двориным, Ю.Б. Тузиковой);

3. Баранова О.В. «Лечение синдрома зависимости от героина. Психотерапевтические подходы к больным героиновой наркоманией». - Ж. «Новые лекарственные препараты». - М., 2002. - С. 3-11. (В соавторстве с к.м.н. Ю.Б. Тузиковой);

4. Баранова О.В. «Асоциальное поведение больных героиновой наркоманией». - Аналитический обзор. - М., 2004. - 48 с. (В соавторстве с д.м.н., проф. А.Л. Игониным, д.м.н. Т.В. Клименко, к.м.н. Ю.Б. Тузиковой, к.м.н. Н.Е. Кулагиной, Д.А. Иришкиным, Н.В. Рейхель);

5. Баранова О.В. «Наркологические заболевания, сопровождающиеся агрессивным и аутоагрессивным поведением». – Аналитический обзор. – М., 2004. – 48 с. (В соавторстве с д.м.н., проф. А.Л.Игониным, д.м.н., проф. Т.В.Клименко, к.м.н. Ю.Б.Тузиковой, С.М.Кондрашовой, Н.В.Рейхель);

6. «Психологические механизмы формирования алкогольной анозогнозии». – Ж. «Наркология». – 2005. - № 6 – С. 59-60.



№ 1 0 9 6 5

РНБ Русский фонд

2006-4

6612

---

Заказ № 833 Подписано в печать 16 05 05 Тираж 100 экз Усл п л 1

---

ООО "Цифровичок", тел. (095) 797-75-76  
*www.cfr.ru*